

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CLIENTE

El Departamento de Discapacidades del Desarrollo tiene la obligación de proveerle una notificación por escrito sobre decisiones que afecten su elegibilidad o servicios DDD para asegurar que entienda la decisión y sus derechos de apelación. La ley estatal de Washington requiere que DDD envíe estas notificaciones a usted y al menos a una persona más.

DDD le ha pedido que identifique a una persona que podría recibir notificaciones del departamento y usted:

- No ha podido identificar a un representante.
- Solicitó representarse a sí mismo.
- Su solicitud fue denegada porque DDD ha determinado que usted no puede entender las notificaciones y sus derechos de apelación sin asistencia.

DDD comenzará el proceso para nombrar a un representante para que reciba notificaciones en su nombre. Usted seguirá recibiendo notificaciones, a menos que un Tribunal Superior le asigne un tutor.

Tiene el derecho de apelar esta decisión. Si quiere apelar, por favor complete y envíe por correo el formulario adjunto “Requisito de DDD de identificar a un representante o solicitud de audiencia” para el _____.

Atentamente,

CC: Asistente del Procurador General DDD



Requisito de DDD de identificar a un representante
Solicitud de audiencia
DDD Requirement to Identify a Representative: Request For Hearing
Según el capítulo 388-02 de la reglamentación sobre audiencias de DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

NAME

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

ENVIAR POR CORREO A: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

FAX: 360-586-6563

Solicito una audiencia porque estoy en desacuerdo con la siguiente decisión tomada por la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD):

SU NOMBRE (USE LETRA DE IMPRENTA)

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUDIENCIA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO
POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA
CÓDIGO DE ÁREA)

TELÉFONO DE
MENSAJERÍA

Fui notificado de la decisión el: _____ **por:** _____
FECHA NOMBRE Y LUGAR DE LA OFICINA DSHS

Deseo asistencia continua, si soy elegible: Sí No Programa: _____

Soy representado por (si va a representarse a sí mismo, no complete las dos siguientes líneas):

NOMBRE DE SU REPRESENTANTE

ORGANIZACIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO
POSTAL

Autorizo la divulgación de información relacionada con mi audiencia a mi representante.

SU FIRMA

FECHA

¿Necesita un intérprete u otra asistencia o ayuda para la audiencia? Sí No

Si su respuesta es Sí, ¿qué idioma o asistencia? _____

Los Jueces de Ley Administrativa (ALJ, por sus siglas en inglés) podrían dar una audiencia por teléfono. Si quiere cambiar a una audiencia en vivo: Siga las instrucciones de la Notificación de audiencia que le serán enviadas por la OAH.

Instructions

Case Resource Manager

If the client has been unable to identify a representative or requested to represent themselves for notification documents, your regional designee must consult with the DDD Assistant Attorney General (AAG). If the AAG makes a determination that the individual is not able to understand notices, you must:

- Present this notification to the client in a face to face interview.
- Explain what will happen because their request was denied.
- Explain the appeal process, including the 90 day time limit, and assist with a request for an Administrative Hearing if needed.
- Send a copy of this notification to the office of the DDD AAG, MS: 40124, Fax (360) 586-6662.